

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

---

Année 1927

THÈSE

N° .....

POUR LE

DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE PARIS  
(Mention Médecine)

PRÉSENTÉE PAR

PHANG MISSAO

Docteur en Médecine de l'Université de Changhaï  
Diplômé de l'Institut de Médecine Coloniale de l'Université de Paris  
Moniteur d'Ophtalmologie de la Faculté de Médecine de Paris  
Né le 5 Juillet 1901 à Nam-Dinh (Tonkin)

---

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE  
DU DRAINAGE A LA MIKULICZ  
  
Un procédé de fermeture secondaire de la paroi

---

---

*Président de Thèse : M. JEAN-LOUIS FAURE, Professeur*

---

---

PARIS  
LIBRAIRIE LE FRANÇOIS  
91, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 91

---

1927



THÈSE  
POUR LE DOCTORAT  
EN MÉDECINE



Digitized by the Internet Archive  
in 2026

[https://archive.org/details/IA41547905\\_0067](https://archive.org/details/IA41547905_0067)

Année 1927

# THÈSE

N° .....

POUR LE

DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE PARIS  
(*Mention Médecine*)

PRÉSENTÉE PAR

**PHANG MISSAO**

Docteur en Médecine de l'Université de Changhaï  
Diplômé de l'Institut de Médecine Coloniale de l'Université de Paris  
Moniteur d'Ophthalmologie de la Faculté de Médecine de Paris  
Né le 5 Juillet 1901 à Nam-Dinh (Tonkin)

---

## CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DU DRAINAGE A LA MIKULICZ

---

**Un procédé de fermeture secondaire de la paroi**

---

*Président de Thèse : M. JEAN-LOUIS FAURE, Professeur*

---

PARIS  
LIBRAIRIE LE FRANÇOIS  
91, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 91

---

1927



LE DOYEN ..... M. ROGER.

# I. — PROFESSEURS

MM.

|                                                                     |               |
|---------------------------------------------------------------------|---------------|
| Anatomie .....                                                      | NICOLAS.      |
| Anatomie médico-chirurgicale .....                                  | CUNÉO.        |
| Physiologie .....                                                   | ROGER.        |
| Physique médicale .....                                             | STROHL.       |
| Chimie organique et chimie générale .....                           | DESGREZ.      |
| Bactériologie .....                                                 | LEMIERRE.     |
| Parasitologie et histoire naturelle médicale .....                  | BRUMPT.       |
| Pathologie et thérapeutique générales .....                         | Marcel LABBÉ. |
| Pathologie médicale .....                                           | SICARD.       |
| Pathologie chirurgicale .....                                       | LECÈNE.       |
| Anatomie pathologique .....                                         | ROUSSY.       |
| Histologie .....                                                    | PRENANT.      |
| Pharmacologie et matière médicale .....                             | TIFFENEAU.    |
| Thérapeutique .....                                                 | CARNOT.       |
| Hygiène .....                                                       | Léon BERNARD. |
| Médecine légale .....                                               | BALTHAZARD.   |
| Histoire de la médecine et de la chirurgie .....                    | MÉNÉTRIÉR.    |
| Pathologie expérimentale et comparée .....                          | RATHERY.      |
|                                                                     | GILBERT.      |
| Clinique médicale .....                                             | BEZANÇON.     |
|                                                                     | ACHARD.       |
|                                                                     | WIDAL.        |
| Hygiène et clinique de la première enfance .....                    | MARFAN.       |
| Clinique des maladies des enfants .....                             | NOBÉCOURT.    |
| Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale ..... | H. CLAUDE.    |
| Clinique des maladies cutanées et syphilitiques .....               | JEANSELME.    |
| Clinique des maladies du système nerveux .....                      | GUILLAIN.     |
| Clinique des maladies infectieuses .....                            | TEISSIER.     |
|                                                                     | DELBET.       |
| Clinique chirurgicale .....                                         | HARTMANN.     |
|                                                                     | LEJARS.       |
|                                                                     | GOSSET.       |
| Clinique ophtalmologique .....                                      | TERRIEN.      |
| Clinique urologique .....                                           | LEGUEU.       |
|                                                                     | COUVELAIRE.   |
| Clinique d'accouchements .....                                      | BRINDEAU.     |
|                                                                     | JEANNIN.      |
| Clinique gynécologique .....                                        | J.-L. FAURE.  |
| Clinique chirurgicale infantile et orthopédie .....                 | OMBRÉDANNE.   |
| Clinique thérapeutique médicale .....                               | VAQUEZ.       |
| Clinique oto-rhino-laryngologique .....                             | SEBILEAU.     |
| Clinique thérapeutique chirurgicale .....                           | DUVAL.        |
| Clinique propédeutique .....                                        | SERGENT.      |
| Sans chaire .....                                                   | ROUVIÈRE.     |
| Id. ....                                                            | RANCA.        |

## II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

| MM.           |                                      | MM.              |                                      |
|---------------|--------------------------------------|------------------|--------------------------------------|
| BRAMI.....    | Pathologie médicale.                 | HOVELACQUE....   | Anatomie.                            |
| GLAVE.....    | Pathologie chirurgic <sup>1a</sup> . | JOYEUX.....      | Parasitologie                        |
| UBERTIN.....  | Pathologie médicale.                 | LABBÉ (Henri)... | Chimie biologique.                   |
| ASSET.....    | Pathologie chirurgic <sup>1a</sup> . | LARDENNOIS.....  | Pathologie chirurgic <sup>1a</sup> . |
| AUDOUIN ..... | Pathologie médicale.                 | LE LORIER.....   | Obstétrique.                         |
| NET.....      | Physiologie.                         | LEMAITRE.....    | Oto-rhino-laryngologie               |
| LANCHETIÈRE.  | Chimie biologique.                   | LÉVY-SOLAL.....  | Obstétrique.                         |
| RULÉ.....     | Pathologie médicale.                 | LHERMITTE.....   | Pathologie mentale.                  |
| ADENAT.....   | Pathologie chirurgic <sup>1a</sup> . | LIAN.....        | Pathologie médicale.                 |
| AMPY.....     | Histologie.                          | MATHIEU.....     | Pathologie chirurgic <sup>1a</sup> . |
| IRAY.....     | Pathologie médicale.                 | METZGER.....     | Obstétrique.                         |
| ERG.....      | Pathologie médicale.                 | MOCQUOT.....     | Pathologie chirurgic <sup>1a</sup> . |
| EBRÉ.....     | Hygiène.                             | MONDOR.....      | Pathologie chirurgic <sup>1a</sup> . |
| de JONG.. ..  | Anatomie pathologique.               | MOURE.....       | Pathologie chirurgic <sup>1a</sup> . |
| VOIR.....     | Médecine légale.                     | MULON.....       | Histologie.                          |
| ALLE.....     | Obstétrique.                         | PHILIBERT.....   | Bactériologie.                       |
| ESSINGER..... | Pathologie médicale.                 | RIBIERRE.....    | Pathologie médicale.                 |
| IX.....       | Pathologie médicale.                 | RICHET Fils..... | Physiologie.                         |
| RNIER.....    | Pathologie expériment.               | TANON.....       | Pathologie médicale.                 |
| RVIER.....    | Pathologie médicale.                 | VAUDESCAL.....   | Obstétrique.                         |
| ITZ-BOYER...  | Urologie.                            | VERNE.....       | Histologie.                          |
|               |                                      | VILLARET.....    | Pathologie médicale.                 |

## III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le service des examens

| MM.         |                      | M.            |             |
|-------------|----------------------|---------------|-------------|
| UGEROT..... | Pathologie médicale. | RETTERER..... | Histologie. |
| ENIOT.....  | Obstétrique.         |               |             |

## IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE

à titre permanent

| MM.                 |                                  | MM.           |                        |
|---------------------|----------------------------------|---------------|------------------------|
| AUVRAY.....         | Clinique chirurgicale.           | LERI.....     | Clinique médicale.     |
| CHEVASSU.....       | Clinique chirurgicale.           | LÉPER.....    | Clinique médicale.     |
| LAIGNEL-LAVASTINE.. | Clinique médicale.               | PROUST.....   | Clinique chirurgicale. |
| LEREBOULLET..       | Clinique médicale in<br>fantile. | SCHWARTZ..... | Clinique chirurgicale. |

## CHARGÉS DE COURS

|                          |   |                                                                                                                                       |
|--------------------------|---|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| MM. MAUCLAIRE, agrégé... | { | Chargé du cours de chirurgie orthopédique c<br>l'adulte pour les accidentés du travail, les mut<br>de guerre et les infirmes adultes. |
| FREY .....               |   | Stomatologie.                                                                                                                         |
| CHAILLEY-BERT.....       |   | Education physique.                                                                                                                   |
| LEDOUX-LEBARD ....       |   | Radiologie clinique.                                                                                                                  |

---

*Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises da  
dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et q  
n'entend leur donner aucune approbation ni improbation*

En témoignage de ma reconnaissance sans borne je dédie cet ouvrage

A MON PERE

A MA MERE

A MON BIENFAITEUR

M. PAUL FERRAND

Docteur en Droit;

Avocat défenseur à Saïgon.

A MES FRÈRES ET SŒURS

A TOUS CEUX QUI ME SONT CHERS

A MON MAÎTRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE :

M. LE PROFESSEUR JEAN-LOUIS FAURE

Professeur de Clinique Gynécologique à la Faculté  
de Médecine de Paris;

Commandeur de la Légion d'Honneur.

A MES PREMIERS MAITRES DE L'ECOLE  
DE MEDECINE DE HANOI (1918-1921)

A MES MAITRES DE LA FACULTE DE MEDECINE  
DE CHANGHAI (1922-1924)

A MES MAITRES DE LA FACULTE  
ET DES HOPITAUX DE PARIS (1924-1927)

A MES MAITRES DE L'INSTITUT DE MEDECINE  
COLONIALE DE PARIS

A MES MAITRES D'OPHTALMOLOGIE

A MON MAITRE  
M. LE DOCTEUR BAUDET

A qui je dois toutes les observations  
présentées dans cette thèse.



## AVANT-PROPOS

---

Au cours de notre stage dans le service de M. le Docteur BAUDET, à l'Hôpital Bichat, il nous a été donné de suivre un certain nombre d'interventions abdominales terminées par un drainage à la Mikulicz.

Nous avons été frappés par l'extrême simplicité des suites opératoires chez ces malades qui, toutes, présentaient des infections péritonéales graves. Nous avons été amenés ainsi à relire les discussions auxquelles avait donné lieu l'utilisation de ce procédé, lorsque M. le Professeur Jean-Louis FAURE, puis M. le Docteur BAUDET, le défendirent à la Société de Chirurgie (1919).

Il ne saurait être question maintenant de discuter l'efficacité de ce mode de drainage ; il s'est imposé avec une telle force qu'il serait superflu d'insister sur ce point.

Par ccontre, il nous paraît intéressant d'exposer un procédé, extrêmement simple, que nous avons pu employer à diverses reprises et qui permet de parer au seul reproche que l'on puisse à la rigueur adresser à la méthode : celui de comporter une immobilisation

relativement longue de l'opéré et d'exposer aux éven-  
trations ultérieures.

Nous rappellerons sommairement, dans une pre-  
mière partie, quelles sont les indications du Mikulicz.  
Nous énumérerons successivement celles qui sont,  
admises par la quasi unanimité des chirurgiens, puis  
celles qui sont encore l'objet de controverses.

Dans une seconde partie, nous exposerons rapide-  
ment comment l'on doit employer un Mikulicz. Nous  
montrerons sa préparation, sa mise en place, sa sur-  
veillance et son ablation, telles qu'elles doivent être  
comprises pour qu'on puisse retirer de ce procédé le  
maximum de profit.

Le troisième chapitre de ce travail est consacré à  
la description de la suture secondaire appliquée à la  
reconstitution de la paroi après ablation du Mikulicz.

Nous apportons ensuite une série d'observations  
recueillies dans le service de M. le Docteur BAUDET à  
l'Hôpital Bichat.

On trouvera enfin, à la fin de ce travail, quelques  
indications bibliographiques.

---

## CHAPITRE PREMIER

### Rappel sommaire des Indications principales du drainage à la Mikulicz

---

Les indications du drainage à la Mikulicz sont extrêmement nombreuses. Elles se sont d'ailleurs étendues considérablement depuis quelques années. Nous n'avons pas l'intention de les rappeler toutes, ni surtout de les discuter; le sujet que nous nous proposons est tout autre.

La première indication, celle qui est depuis longtemps en dehors de toute discussion, est constituée par les cas où la péritonisation est impossible. L'exemple le plus typique a été fourni pour M. le Professeur Jean-Louis FAURE à la Société de Chirurgie (16 juillet 1919) : c'est le cas, relativement fréquent, d'adhérences intimes de l'intestin grêle dans un petit bassin occupé par une salpingite suppurée. La libération de ces adhérences laisse un intestin dénudé sur une étendue plus ou moins considérable et infecté. S'il est possible d'isoler, de la grande cavité péritonéale, le petit bassin infecté au moyen d'un cloisonnement

recto-vésical, ces anses grêles resteront, elles, forcément au-dessus; le Mikulicz joue alors un rôle d'isolement très important.

Une deuxième indication incontestable est fournie par les infections péritonéales diffuses. Ici encore, il est bon de recourir à une comparaison donnée par M. le Professeur Jean-Louis FAURE : « En présence d'une infection diffuse d'un membre, il n'es qtu'une méthode logique : le débridement large, sans aucune fermeture, mais au contraire en laissant la plaie complètement ouverte. » La chirurgie abdominale ne fait pas exception à cette règle. Une infection péritonéale diffuse doit être traitée par la laparotomie, et le ventre laissé largement ouvert : il n'y a pas d'autres moyens de laisser le ventre ouvert que d'y laisser un Mikulicz.

De même qu'il peut être impossible de péritoniser correctement, on se trouve parfois en lutte à un suintement sanguin en nappe au fond d'un petit bassin, sur lequel il est impossible d'agir. Il ne saurait être question de pincer la multitude de petits vaisseaux qui donnent, et le seul moyen qui procure la sécurité est le tamponnement. Le Mikulicz n'est pas moins précieux quand la gravité de l'état du malade force à limiter le plus possible la durée de l'intervention. L'exemple le meilleur de ces cas où l'opération doit être terminée dans le temps minimum est fourni par les infections post-abortionum ou post-partum. Une hystérectomie subtotale rapide, suivie d'une drainage à la Mikulicz constitue un moyen très efficace de sauver ces malades; M. SAUVE vient d'en apporter, à la

Société de Chirurgie, une série de six observations avec cinq succès.

Une dernière indication est indiscutable : c'est l'hystérectomie élargie pour cancer du col utérin. Il est incontestable que les résultats de cette opération ont été transformés depuis que M. Jean-Louis FAURE a mis en honneur l'application systématique d'un drainage à la Mikulicz après WERTHEIM. Nous ne saurions mieux faire que de reproduire les paroles suivantes de M. SAUVE (Société de Chirurgie, janv. 1927) :

« Comme d'autres chirurgiens, je finissais par croire  
« que dans le traitement du cancer ulcéré du col uté-  
« rin, le bistouri devait céder le pas aux méthodes  
« actinothérapiques ; les échecs ou les récides  
« m'avaient amené à cette opinion pessimiste. Or,  
« depuis que je suis la technique de Jean-Louis FAURE,  
« j'ai eu la grande satisfaction de faire seize hystérec-  
« tomies pour cancer du col, tous graves et ulcérés,  
« sans un seul insuccès opératoire ; vraiment, le Miku-  
« licz me paraît être la seule méthode permettant  
« d'éviter, presque à coup sûr, la gangrène pelvienne  
« septique qui survient si facilement chez ces malades  
« infectées, auxquelles on a lié par surcroît une ou  
« deux hypogastriques ou l'utérine à son origine. »

Il nous reste à envisager aussi sommairement qu'il est possible, la question du Mikulicz dans la chirurgie intestinale. L'on sait combien la discussion devant la Société de Chirurgie a été vive, au cours des dernières séances, entre partisans et adversaires de cette méthode ; et nous ne saurions que nous borner

à résumer les deux thèses en présence. Aux adversaires résolus du Mikulicz, Jean-Louis FAURE oppose un ensemble impressionnant d'arguments et de faits. Nous nous contenterons de citer rapidement ces derniers (*Bulletin de la Société de Chirurgie*, 26 janvier 1927).

1° *Opérations sur le côlon* : 35 cas se décomposant ainsi :

7 antéro-anastomoses dont 3 colo-colostomies et 4 iléo-colostomies pour néoplasmes inopérables.

— 10 résections du cœcum.

— 6 résections du côlon, avec anastomoses termino ou latéro-latérales.

Dans un cas, il s'agissait d'une résection angulaire des trois quarts antérieurs avec suture transversale.

— 5 extériorisations du côlon pour néoplasmes suivies de résection, dont une immédiate et quatre, quelques jours plus tard.

— 7 extirpations abdominales du côlon pelvien (opération d'HARTMANN simplifiée) pour néoplasmes plus ou moins bas situés.

Vingt de ces opérations ont été faites sans drainage et quinze ont été accompagnées d'un Mikulicz. Les vingt opérations sans Mikulicz ont donné douze guérisons et huit morts, soit 40 %. Les quinze opérations avec Mikulicz ont donné treize guérisons et deux morts, soit 13,33 %. Encore faut-il observer que les deux seules morts qui soient au passif du Mikulicz sont survenues par péritonite subaiguë consécutive à

la gangrène du bout supérieur de l'intestin abouché dans la fosse iliaque.

2° *Opérations sur le grêle* : 7 cas avec 7 guérisons.

Un tel ensemble de faits est éloquent; et il est intéressant de remarquer que, si une voix aussi autorisée que celle de M. LECÈNE s'élève pour lui répondre, c'est non pas pour contester ces résultats, mais pour mettre en garde les jeunes chirurgiens contre l'abus du Mikulicz.

---

## CHAPITRE II

### Comment doit-on employer le drainage à la Mikulicz ?

---

Mettre en place et surveiller l'évolution d'un Mikulicz n'est pas chose difficile : encore certaines précautions doivent-elles être prises et certains principes observés, si l'on veut tirer de ce procédé le maximum de profit.

La façon de faire de notre Maître M. le Docteur BAUDET diffère sensiblement de celle de M. Jean-Louis FAURE. Nous exposerons successivement ces deux techniques : M. Jean-Louis FAURE a insisté, dès les discussions de la Société de Chirurgie de 1919, sur l'importance qu'il y a à faire un vrai Mikulicz.

Celui-ci comprend un sac et des mèches de gaze. Le sac est constitué par une grande compresse carrée, au centre de laquelle on passe et noue solidement un grand fil de soie. Le fil a une très grande importance, qui permettra l'ablation du sac par retournement en doigt de gant. Les mèches de gaze sont en nombre variable ; on en place en général trois ou cinq. Il est capital de noter, après chaque opération, le nombre de mèches qui ont été placées. On commence

par mettre en place le sac. L'abdomen est largement ouvert, la péritonisation est plus ou moins complète, les surfaces cruentées, légèrement saignantes, persistent. L'opérateur déplie le sac, le saisit en son milieu, auprès du point d'attache du fil de soie, à l'aide d'une pince longuette. Il place alors dans l'abdomen, le fil étant à l'intérieur du sac; puis le déploie très largement et très soigneusement, de façon à tapisser complètement les surfaces suspectes. Les bords du sac sont régulièrement étalés sur le pourtour de l'ouverture abdominale, et confiés à la surveillance de l'aide. Les extrémités du fil tracteur sont repérées et fixées par une pince de KOCHER.

L'opérateur met ensuite en place les mèches. Celles-ci sont plus ou moins nombreuses suivant l'importance du foyer à isoler. Elles sont successivement tassées de façon à remplir la cavité du sac. Elles peuvent être numérotées, de façon à ce que leur ablation puisse être faite suivant un ordre déterminé. Certains chirurgiens placent enfin, entre les mèches, un drain qui servira, le cas échéant, à conduire dans la profondeur des liquides antiseptiques. Il ne reste plus à ce moment qu'à enlever la valve sus-pubienne, et à suturer la partie supérieure de l'incision. Cette suture peut être faite, suivant les préférences du chirurgien, et suivant le cas, soit en un plan au fil de bronze, soit en trois plans suivant la technique habituelle. Le seul point particulier à signaler est la façon de terminer la suture à sa partie inférieure. Il convient de se tenir dans une juste mesure, et de serrer le sac du Mikulicz

assez pour éviter l'issue des anses intestinales sur la paroi abdominale, assez peu pour qu'on ne soit pas dans l'impossibilité d'extraire les mèches. En pratique de tels accidents ne s'observent d'ailleurs jamais.

L'opération terminée, il reste, à la partie basse de l'incision, le pourtour du sac, duquel émergent les extrémités des mèches et du fil tracteur.

Telle est la technique habituelle employée par les divers chirurgiens depuis que M. le Professeur Jean-Louis FAURE a remis en honneur le drainage à la Mikulicz.

Le procédé de notre Maître M. le Docteur BAUDET est différent, bien qu'il soit basé sur le même principe : isoler le foyer septique de la grande cavité péritonéale. Nous ne saurions mieux le décrire que par la reproduction des paroles mêmes prononcées par M. BAUDET à la Société de Chirurgie en 1919 : « Je suis  
« partisan d'une sorte de Mikulicz, quand il s'agit de  
« salpingite suppurée à chaud; quand le pus, très septique, a coulé, au cours de l'opération, dans le bas-  
« sin et qu'il n'y a plus de péritoine dans le petit bassin. Voici ma technique : je laisse trois compresses-  
« barrières, une en haut, et deux latérales placées  
« comme celles qui, dans le cours de l'opération,  
« avaient pour but de refouler l'intestin. Puis, dans le  
« fond du bassin, saignant, dépéritonisé, et septique,  
« je place deux compresses et entre ces compresses,  
« un drain GOLDMAN, véritable drain aspirateur. »

L'ablation du Mikulicz doit être pratiquée avec le même soin méthodique que l'on a apporté à le mettre

en place. Il est plus difficile de poser ici des règles générales, car les questions d'espèce jouent un rôle important.

Le principe essentiel, depuis longtemps proclamé par M. Jean-Louis FAURE, est celui de l'extraction relativement tardive du sac; il faut n'y procéder que vers le dixième jour, quand le péritoine est complètement fermé autour du sac, et que celui-ci a une tendance à l'élimination spontanée : il s'enlève alors avec la plus grande facilité ; c'est là un point de la plus haute importance.

Voici comment nous avons vu opérer en règle générale :

Le deuxième jour après l'intervention, on enlève la première mèche. La seconde est supprimée le quatrième jour, la troisième le sixième jour. Les sixième, septième et huitième jours on prépare, par des injections d'eau oxygénée ou d'huile goménolée, l'ablation du sac; celle-ci est faite par traction sur le fil de soie, le huitième ou le neuvième jour.

Cette façon de faire n'a jamais, à notre connaissance, donné d'ennuis; nous n'avons pas observé les crochets thermiques qui marquent parfois, si l'on procède autrement, l'ablation des mèches. Nous pensons cependant que toutes les modifications sont permises dans la fixation de la date à laquelle on enlève les mèches; il est peut-être possible de raccourcir un peu les délais que nous donnons; plus souvent il sera prudent de laisser le sac pendant dix jours, douze jours et même plus.

Le drainage à la Mikulicz se trouve donc supprimé vers le huitième jour en moyenne; cette date coïncide avec l'ablation des fils, sur la partie supérieure de l'incision, si la paroi a été faite en trois plans; on a alors une cicatrice fermée dans toute sa portion supérieure, la tranche pariétale, à ce niveau, est parfois absolument rouge et nette d'emblée; le plus souvent, elle est recouverte d'un enduit grisâtre pseudo-membraneux; quelquefois enfin, persiste une importante suppuration venue de la profondeur. Il est bien évident que dans ce dernier cas, la conduite à tenir ne prête pas à la discussion : il n'y a qu'à drainer, au moyen d'une mèche ou d'un drain en caoutchouc.

Convient-il, dans les autres cas, d'abandonner la plaie à elle-même ? et d'attendre qu'elle se cicatrise d'elle-même ? C'est là ce que font un grand nombre d'opérateurs; sans doute cette conduite est-elle excellente quand on conserve des doutes sur la désinfection des plans profonds, quand la température n'est pas franchement revenue à la normale, quand persiste un léger suintement louche.

Il nous semble, par contre, que dans tous les autres cas il est possible de faire mieux, et de hâter la cicatrisation.

Il est possible, en effet, de pratiquer, très rapidement, une fermeture secondaire de la paroi. Les avantages d'une telle façon de faire sont multiples :

Le premier de ceux-ci, et nous croyons devoir y insister lourdement, est de permettre la reconstitution anatomique et solide de la partie inférieure de la cica-

trice sous-ombilicale. Le chirurgien évite ainsi d'exposer ses opérés à celui des inconvénients que l'on a pu le plus justement reprocher au Mikulicz : le risque d'éventration tardive. Celle-ci est en réalité rare ; et M. SAUVE a pu dire à juste titre : « Il est extrêmement remarquable de constater combien les cicatrices de Mikulicz s'arrangent, sans éventration presque toujours. » Si exceptionnelle qu'elle soit, celle-ci n'en constitue pas moins, dans certains cas, une infirmité grave, douloureuse, exposant à des accidents d'obstruction ou d'occlusion intestinale. Le deuxième avantage est la diminution de la durée d'immobilisation imposée au malade : Les adversaires du Mikulicz lui reprochent d'être une méthode longue, condamnant les opérés à de longues semaines d'alitement, à d'interminables séries de pansements.

Il est certain que certains malades présentent, après ablation du sac, une suppuration abondante, que seuls des soins minutieux et prolongés parviennent à tarir. Il n'en est pas moins vrai qu'il est possible, dans un grand nombre de cas, de diminuer beaucoup les délais d'hospitalisation : les observations que nous rapportons montrent plusieurs malades quittant l'hôpital complètement cicatrisés, aux environs du vingtième jour.

Si l'on se place, enfin, au point de vue esthétique, il est incontestable que les résultats obtenus sont très supérieurs à ceux que donnerait une cicatrisation spontanée.

L'idée de hâter la fermeture de la paroi n'est pas

nouvelle : divers procédés ont été proposés ; le plus souvent on se contente de rapprocher les bords de la plaie à l'aide d'une bande de leucoplaste ; d'autres fois, on a recours à un fil circulaire d'attente ; nous n'insisterons pas sur ce procédé. A la fin de l'intervention, l'opérateur passe dans la paroi, à l'aiguille de DOYEN, un fil de bronze entourant l'orifice par lequel fait issue le sac de Mikulicz. Les deux extrémités de ce fil sont repérées et abandonnées dans le pansement. Quand le sac a été enlevé, le huitième jour, il suffit de tirer sur les deux extrémités du fil pour obtenir une fermeture en bourse.

Cet excellent procédé est employé couramment par un grand nombre de chirurgiens ; il a pour lui son extrême simplicité ; il permet d'obtenir la fermeture de la brèche pariétale à peu de frais, sans réintervention.

Il nous paraît cependant donner des résultats moins satisfaisants que la suture secondaire réalisée, comme nous l'avons vu faire, à l'Hôpital Bichat.

C'est à l'exposé de ce procédé, que nous consacrons le troisième chapitre de ce travail. Nous apporterons ensuite une série d'observations concernant des malades ayant été drainées à la Mikulicz, certaines d'entre elles ayant pu bénéficier d'une suture secondaire.

---

## CHAPITRE III

### Comment doit-on constituer la Paroi ?

---

#### I. — Préparation de la Suture secondaire

Le but de tous les pansements qui se succèdent, à partir du second jour, est de maintenir la plaie opératoire dans un état de propreté aussi parfaite que possible. Le chirurgien ne saurait s'enfourer, dans cette intention, d'un trop grand luxe de précautions. Il faut nettoyer la plaie au savon liquide stérile, puis à l'éther, réséquer l'extrémité des mèches et le pourtour du sac, qui, souillés, sont une cause d'infection pariétale. La partie supérieure, suturée, de la plaie, est utilement protégée de façon permanente par une compresse, recouverte d'un imperméable et fixée par un leucoplasme. Il est possible, en apportant régulièrement un soin minutieux aux pansements, d'éviter toute propagation de l'infection à la paroi.

Dès que le sac est enlevé, il est possible de juger si une suture secondaire sera réalisable rapidement. Les éléments de cette décision sont : l'allure générale de la courbe thermique, l'existence ou l'absence de sup-

puration, l'aspect de la tranche pariétale. Si les conditions paraissent favorables, il faut, par des pansements quotidiens, réaliser autant que possible l'asepsie de la plaie. Divers procédés peuvent être employés dans ce but. Celui que nous avons vu utiliser avec succès consiste en nettoyages mécaniques au savon liquide, réalisant un véritable décapage de la plaie. Il est remarquable d'observer, comme il est possible de faire aussi, un massage du bourgeon charnu, sans provoquer de douleur. On termine en nettoyant la plaie à l'éther ; il est bon de laisser à demeure une compresse imbibée d'éther, entre les pansements. Ce procédé permet en général de pratiquer la suture secondaire au bout de deux ou trois jours.

## II. — Suture secondaire

La suture secondaire est une intervention extrêmement simple. Nous l'avons toujours vu pratiquer au lit du malade, et elle ne nécessite aucune préparation spéciale. On commence par renouveler, avec le soin habituel, le pansement au savon liquide et à l'éther qui avait été fait les jours précédents. La plaie et les téguments avoisinants étant parfaitement nettoyés et séchés, on badigeonne ces derniers à la teinture d'iode et quatre champs stériles sont déposés de façon à circonscrire le champ opératoire.

On procède ensuite à l'anesthésie de la région. On injecte une solution de novocaïne à 1 pour 200, de façon à réaliser une large inhibition de tout le pourtour de la plaie ; il est bon de faire quatre piqûres :

deux latérales, une à l'extrémité supérieure, la dernière à l'extrémité inférieure. Il faut prendre grand soin d'infiltrer, non seulement, le tissu cellulaire sous-cutané, mais le plan musculo-aponévrotique sous-jacent. Au bout de quelques minutes, on vérifie que l'anesthésie est réalisée.

On peut alors pratiquer le premier temps. Il consiste en l'ablation des bourgeons charnus qui tapissent la surface cruentée et masquent les différents plans. On peut utiliser soit la curette, soit le bistouri. Ce dernier nous paraît préférable : il permet d'obtenir une tranche plus nette, et surtout de régulariser parfaitement les bords de la peau. On pourra ainsi obtenir un affrontement parfait en tissus sains, non cicatriciels. Il est rare qu'un ou deux vaisseaux saignent suffisamment pour exiger une ligature. Il ne reste plus qu'à suturer la paroi en deux plans. Le premier plan sera constitué par les bords internes des muscles grands droits et par la paroi antérieure de leur gaine. Ils sont suturés par trois ou quatre points séparés au catgut chromé. Le second plan est constitué par les téguments, réunis par une série de crins de Florence. Les soins consécutifs ne présentent rien de particulier.

Les fils sont enlevés le septième jour; le lever peut être autorisé ensuite très rapidement.

Nous ajoutons à notre thèse la note suivante que nous a donnée M. le Docteur DOUAY, Assistant du Professeur Jean-Louis FAURE :

La suture secondaire de la paroi abdominale après Mikulicz a été faite à l'Hôpital Broca en 1922, en uti-

lisant la technique employée couramment pendant la guerre. Les résultats ont été satisfaisants dans les cas où la suppuration profonde était tarie et ne contenait plus de microbes pathogènes. Cette suture a été ensuite abandonnée pour faire place à la réunion secondaire par serrage d'un fil d'attente. Ce fil (crin double) est passé de chaque côté du sac de Mikulicz à travers toute l'épaisseur de la paroi, le jour même de l'opération. Il traverse la peau, l'aponévrose, les muscles et le péritoine. N'étant pas serré, il est parfaitement toléré pendant douze à quinze jours.

Le sac de Mikulicz étant retiré le dixième jour en général, le fil est serré le douzième jour : quelquefois lorsque la plaie n'est pas rose et de bon aspect, on attend quelques jours plus tard.

Lorsqu'il existe une voie d'évacuation de pus vers le vagin (hystérectomie totale), on peut serrer le fil sans aucun risque. Lorsqu'il n'y a pas de drainage possible par le vagin, il est bon, avant de serrer le fil, de mettre un petit drain ou un faisceau de crins qui servira de soupape pour la suppuration. Dans ces conditions, la cicatrisation est obtenue en 24 jours en moyenne, 16 jours dans les bons cas, 30 dans les mauvais.

La cicatrice obtenue est souvent linéaire, aussi belle que la suture obtenue *per primam*. Elle est toujours solide et, depuis 1924, l'éventration après Mikulicz est devenue dans le service absolument exceptionnelle.

---

## CHAPITRE IV

# OBSERVATIONS

---

### OBSERVATION N° 1

L. H... Jeanne, 30 ans. Pyosalpinx rompu. Hystérectomie. Mikulicz. Suture secondaire. Sortie le dix-neuvième jour.

La malade est admise à l'Hôpital Bichat, salle Chassaignac, le 23 juin 1926, avec le diagnostic de salpingite suppurée. Tout le petit bassin est occupé par une volumineuse masse englobant l'utérus et les annexes, extrêmement douloureuse à la moindre tentative de mobilisation. Cette masse est plus accessible à la main qui palpe l'abdomen qu'au doigt qui pratique le touché.

On traite cette malade par le repos au lit, les applications de glace en permanence sur l'abdomen, le régime lacté; on pratique une série d'injections de vaccin tétravalent de l'Institut Pasteur (cutiréaction positive). Pendant les premiers jours se produit une sédation nette des signes fonctionnels et généraux.

Le 1<sup>er</sup> juillet, à 17 heures, la malade est brusquement prise d'une douleur abdominale intense, avec vomissements et altération importante de l'état général. L'examen pratiqué un instant après montre une contracture généralisée de l'abdomen avec hyperesthésie cutanée; la température dépasse 39°, le pouls est à 130.

Intervention à 18 heures. Laparotomie médiane sous-ombilicale : très volumineux pyosalpinx gauche rompu. Pus

dans la grande cavité péritonéale. Hystérectomie subtotal de droite à gauche. Pas de tentative de péritonisation. Mikulicz, trois mèches. Paroi en trois plans (surjet péritonéal, points séparés au catgut chromé sur l'aponévrose, crins sur les téguments).

Suites opératoires sans incident. Ablation des mèches les deuxième, quatrième, sixième jours; du sac le huitième.

Pansements à l'éther les huitième et neuvième jours. Le dixième jour, suture de la paroi en deux plans suivant la technique habituelle.

Le dix-septième jour, ablation des crins; le lendemain, premier lever; malade envoyée en convalescence le dix-neuvième jour.

#### OBSERVATION N° 2

M<sup>me</sup> S... Simone, 23 ans. Salpingite suppurée. Hystérectomie. Mikulicz. Suture secondaire. Sortie le vingtième jour.

La malade est admise à l'Hôpital Bichat, salle Chassaignac, le 12 juillet 1926, pour salpingite double. Les douleurs abdominales, qui interdisent tout travail à cette femme, persistent depuis quatre ans malgré de nombreuses tentatives de traitement par le repos prolongé et les injections chaudes.

Le toucher permet de sentir deux masses annexielles douloureuses. Une intradermoréaction étant positive, la malade reçoit trois injections de vaccin de l'Institut Pasteur.

Le 27 juillet, laparotomie médiane sous-ombilicale. Salpingite bilatérale. Hystérectomie par le procédé ordinaire. La poche salpingienne droite adhère au rectum; celui-ci se trouve, après libération, dépéritonisé sur une petite surface de deux centimètres de côté environ. Deux points à la soie pour enfouir. Péritonisation très imparfaite, en raison de l'altération du péritoine. Mikulicz.

Suites opératoires normales. Ablation des mèches suivant le rythme habituel et du sac le huitième jour. Pansements à l'éther pendant deux jours. Suture secondaire le dixième jour. Ablation des fils le dix-septième jour. Premier lever le lendemain. Sortie le vingtième jour.

OBSERVATION N° 3

M<sup>me</sup> B..., 46 ans. Kystes intraligamentaires et fibrome enclavé. Hystérectomie totale. Mikulicz.

La malade est admise à l'Hôpital Bichat, salle Chassaignac, le 12 juillet 1926, pour métrorragies extrêmement abondantes, ayant débuté quinze jours auparavant seulement, mais ayant pris d'emblée une intensité suffisante pour altérer gravement l'état général. Le traitement usuel (repos absolu, chlorure de calcium, anthéma, injections chaudes) n'obtient aucun résultat.

L'examen gynécologique, rendu extrêmement difficile par l'épaisseur considérable de la paroi abdominale, montre un utérus fixé, bloqué par une masse annexielle postérolatérale droite. On pose le diagnostic de fibrome enclavé.

Le 15 juillet, laparotomie médiane sous-ombilicale. Deux très volumineuses masses kystiques annexielles empiètent la cavité pelvienne, masquant l'utérus. Des adhérences unissent intimement les franges graisseuses du gros intestin et l'épiploon au bloc génital.

Libération de ces adhérences. Libération de la masse kystique gauche. L'utérus est bloqué dans la cavité pelvienne par un fibrome enclavé empêchant toute mobilisation. Hystérectomie totale très difficile, après libération et refoulement de la vessie et des uretères. Libération dernière de la masse kystique droite qui est rompue au cours de cette manœuvre. Drainage vaginal (une mèche, un drain). Péritonisation impossible. Mikulicz, trois mèches, paroi en trois plans.

Les suites opératoires, malgré la gravité de cette intervention pénible chez une femme obèse et anémiée sont remarquablement simples. Les mèches du Mikulicz sont enlevées les deuxième, quatrième, sixième jours, puis le sac le huitième jour. Aucune élévation thermique ne se produit, mais une suppuration, assez abondante, s'établit et persiste pendant une dizaine de jours, elle diminue sous l'influence d'une irrigation au Dakin. On ne peut pratiquer la suture secondaire que vingt jours après l'intervention. Les fils sont

enlevés le 11 août, la malade sort de l'Hôpital complètement guérie le 24 août.

#### OBSERVATION N° 4

V... Simone, 18 ans. Pyosalpinx droit avec réaction appendiculaire. Hystérectomie. Mikulicz. Suture secondaire. Guérison le vingt et unième jour.

La malade est admise d'urgence à l'Hôpital Bichat, le 10 juin 1926, avec le diagnostic d'appendicite aiguë. Le diagnostic est réformé immédiatement, et un traitement médical (diète hydrique, glace sur le ventre, repos absolu) est constitué. Une intradermoréaction étant très franchement positive, on pratique une série d'injections de vaccin tétravalent de l'Institut Pasteur. Une amélioration considérable se produit : sédation des douleurs, chute thermique, si bien que le 20 juin la malade est autorisée à se lever. Les douleurs et la température reparaissent; les signes physiques ne témoignent aucune tendance à la rétrocession.

Le 28 juin, laparotomie médiane sous-ombilicale. Appendicectomie (appendice enflammé, englobé dans un voile d'adhérences). Hystérectomie subtotale de gauche à droite : à gauche, annexes volumineuses congestionnées ; à droite, volumineux pyosalpinx qui se rompt au cours de la libération, au niveau de son adhérence intime au fond du cul-de-sac de Douglas.

Péritonisation aussi complète que possible. Mikulicz, trois mèches. Paroi en trois plans (surjet péritonéal, points séparés au catgut chromé sur l'aponévrose, crins sur le tégument.

Les suites opératoires sont extrêmement simples. Les mèches du Mikulicz sont enlevées de deux en deux jours, puis le sac le huitième. A cette date la malade est complètement apyrétique depuis plusieurs jours; l'état local est excellent. On fait aussitôt après l'ablation du sac un pansement au Dakin, lequel est renouvelé les jours suivants.

Le 10 juillet (onzième jour) on pratique la fermeture secondaire de l'orifice laissée par l'ablation du sac : anes-

thésie locale, suture du plan musculaire au catgut, crins sur le tégument.

Le 17 juillet, ablation des crins. La cicatrisation est parfaite et il est impossible de savoir si la suture a été faite en un ou deux temps.

La malade est envoyée en convalescence le 20 juillet, soit le vingt et unième jour après l'intervention.

#### OBSERVATION N° 5

M<sup>me</sup> P... Marie-Louise, 23 ans. Hystérectomie subtotale pour pyosalpinx double. Mikulicz. Fermeture secondaire.

La malade entre à l'Hôpital Bichat, salle Chassaignac, le 5 mars 1926, pour douleurs abdominales persistantes, malgré divers traitements médicaux, et un repos prolongé.

Le 10 mars, laparotomie médiane sous-ombilicale; cavité pelvienne comblée par un très gros pyosalpinx gauche et un petit pyosalpinx droit. Peu d'adhérences. Hystérectomie subtotale par le procédé américain de droite à gauche. Au cours du décollement des annexes droits, le pyosalpinx se fissure, et il s'écoule un peu de pus franc.

Evidement et thermo-cautérisation du col. Fermeture par un surjet au catgut. Péritonisation incomplète. Mikulicz, trois compresses. Paroi en deux plans au catgut. Crins sur la peau. Bourdonnet soutenu par deux crins doubles. Un crin double d'attente.

Suites opératoires : ablation d'une compresse le deuxième jour, et des deux autres le quatrième jour. Malade en très bon état. Ablation du sac le huitième jour. On serre le crin le neuvième jour.

Sortie le 16 avril 1926 complètement guérie.

#### OBSERVATION N° 6

M<sup>me</sup> C... Marcelle, 24 ans. Salpingite double. Hystérectomie subtotale. Plaie incomplète du rectum. Petite plaie de l'uretère. Mikulicz. Guérison.

La malade est admise à l'Hôpital Bichat pour salpingite double le 4 mars 1926.

Le 14 mars : laparotomie médiane sous-ombilicale. Saigningite double adhérente, petite à droite et volumineuse à gauche. En sectionnant le ligament large droit on sectionne la séro-muscleuse du rectum en deux endroits. La muqueuse est intacte. Hystérectomie subtotale par le procédé de Terrier. Evidement. Thermo-cautérisation et suture du col au catgut.

Péritonisation. En suturant le ligament large droit on trouve l'uretère tout près de la tranche postérieure. Pour s'assurer qu'il n'est pas pris dans la ligature de l'utéro-ovarienne on fait sauter cette ligature. L'uretère n'était pas pris. Nouvelle ligature. La suture du ligament large gauche est difficile, le péritoine se déchire. On s'aide alors de l'épiploon qui adhère au foyer antérieur.

Fermeture des plaies rectales par un plan séro-musculaire au fil de soie (surjet). Puis suture du rectum au péritoine, des ligaments larges et du col de façon à ce que les sutures rectales soient dans le Douglas (surjet au catgut 0).

Un drain Goldmann n° 40, trois compresses barrière.

Paroi en deux surjets de catgut.

Crins sur la peau.

18 mars 1926 : les compresses abdominales sont souillées d'urine. Une sonde à demeure mise dans la vessie montre l'absence de sang de l'urine vésicale.

23 mars : les compresses ne paraissent plus souillées par l'urine.

24 mars : ablation des deux compresses latérales.

25 mars : ablation de la dernière compresse. La malade se plaint de la région lombaire gauche qui est sensible à la pression.

31 mars : plaie en bonne voie de cicatrisation. Plus de douleurs lombaires.

3 avril : La malade sort sur sa demande. Revue le 12 avril en bon état.

#### OBSERVATION N° 7

M<sup>me</sup> C..., 32 ans. Très volumineux pyosalpinx. Hystérectomie. Guérison en 27 jours.

Admise à l'Hôpital Bichat, salle Chassaignac, le 4 juin 1926, pour pelvi-péritonite, la malade souffre depuis de longues années; à son entrée son état est grave : vomissements, arrêt des matières et des gaz, ballonnement abdominal, température à 39°. Les accidents se calment au bout de quelques jours (diète, glace sur le ventre). Une série d'injections de vaccin polyvalent de l'Institut Pasteur est pratiquée. Les douleurs diminuent considérablement et permettent l'examen qui montre une très volumineuse masse bloquant tous les organes pelviens et remontant jusqu'au niveau de l'ombilic.

Le 3 juillet : laparotomie médiane sous-ombilicale. Pyosalpinx très volumineux, remontant jusqu'à la région ombilicale, bilatérale, plus important encore à gauche qu'à droite. Libération très pénible des anses intestinales. Hystérectomie subtotale. Péritonisation impossible.

On laisse en place trois compresses barrière, trois autres mèches et un drain assurent le tamponnement de la cavité pelvienne.

Suites opératoires simples. Ablation progressive des mèches qui sont complètement supprimées le dixième jour. Suture secondaire le 16 juillet (treizième jour). Premier lever le 26 juillet. Sortie le 1<sup>er</sup> août en excellent état avec une paroi parfaitement solide.

#### OBSERVATION N° 8

M<sup>me</sup> M... Madeleine, 22 ans. Salpingite double avec appendicite. Hystérectomie et appendicectomie. Mikulicz. Fermeture secondaire.

Malade entre à l'Hôpital Bichat, pour douleurs pelviennes; quinze jours auparavant, elle a présenté une crise de pelvi-péritonite. Le 23 mars : laparotomie médiane sous-ombilicale. Des anses grêles adhèrent au péritoine pariétal, on les décolle facilement.

Toute la cavité pelvienne est comblée par du grêle et l'S iliaque unis par des adhérences lâches limitant de petites poches de péritonite séreuse. On décolle assez facilement ces

adhérences. L'utérus minuscule est difficilement trouvé entre deux poches salpingiennes. La salpingite droite est plus volumineuse mais se décolle plus facilement. Hystérectomie subtotale de droite à gauche. Thermo-cautérisation et fermeture du col par un point de catgut en X. Péritonisation basse impossible (larges surfaces dépéritonisées suintantes).

Recherche de l'appendice, qui est gros, friable, et plaqué contre le bord interne du cœcum. Ligature de l'appendice, section au thermo-cautère, enfouissement au fil de lin.

Mikulicz contenant deux compresses.

Paroi en trois plans. Crins d'attente.

28 mars : ablation d'une compresse.

30 mars : ablation d'une compresse, très bon état général et local.

3 avril : ablation du sac; on serre le crin d'attente.

Lever le 17 avril.

Sortie le 21 avril.

#### OBSERVATION N° 9

M<sup>me</sup> B..., 40 ans. Pelvi-péritonite. Hystérectomie. Mikulicz. Fermeture secondaire : La malade est admise salle Chassaignac, le 17 mars 1926, pour violentes douleurs pelviennes, vomissements, diarrhée, température à 39°, pouls à 120. Une grosse masse douloureuse est perçue au toucher vaginal.

Une crise antérieure (1919), deux enfants.

Traitement : diète, glace.

Apyrexie à dater du 21 mars.

Intervention le 9 avril.

Laparotomie médiane sous-ombilicale : côlon pelvien et rectum adhérents aux annexes et à la face postérieure de l'utérus. Décollement assez aisé, mais provoquant un notable suintement sanguin et l'ouverture de petites poches de pelvi-péritonite séreuse. Double pyosalpinx, plus volumineux à gauche.

Hystérectomie subtotale de droite à gauche. Thermo-cautérisation sans évidence du col. Fermeture du col. Mikulicz, trois mèches. Paroi en trois plans (surjet péritonéal,

points séparés sur l'aponévrose, crins et agrafes sur la peau. Crins doubles d'attente.

Ablation de deux mèches le deuxième jour, de la troisième le troisième jour, du sac le huitième jour.

On serre le crin le 19 avril.

Premier lever le 30 avril.

#### OBSERVATION N° 10

M<sup>me</sup> B..., 48 ans. Salpingite suppurée. Colpotomie. Hystérectomie subtotal. Mikulicz. Paroi secondaire.

La malade entre salle Chassaignac le 9 août 1926 pour pelvi-péritonite. Très violentes douleurs abdominales. Arrêt des matières et des gaz. Vomissements incessants. Température 39° 4. Pouls 120. Ces accidents inquiétants persistent pendant plusieurs jours, malgré le traitement habituel en pareil cas. On pratique alors une colpotomie. Evacuation d'une très importante collection pelvienne. Sédation des signes généraux et fonctionnels (2 septembre). Les signes physiques par contre ne se modifient guère malgré le repos et la vaccination.

Le 6 octobre: laparotomie médiane sous-ombilicale. Au niveau du détroit supérieur, un gros paquet d'anses intestinales agglomérées masquent l'utérus et ses annexes. Libération des adhérences au doigt. On peut alors voir l'utérus petit, flanqué à gauche d'une petite salpingite fixée par des adhérences fragiles à droite d'une très grosse poche salpingienne suppurée fixée à toute la paroi pelvienne et au rectum par des adhérences très solides. Décollement au doigt. Un peu de pus est répandu pendant cette manœuvre.

Hystérectomie subtotal. Péritonisation impossible. Mikulicz, trois mèches. Paroi en deux plans au catgut chromé. Crins sur la peau.

Suites opératoires d'une extrême simplicité. Ablation des mèches les deuxième, quatrième et sixième jour; du sac le huitième jour.

Suture secondaire le douzième jour.

Premier lever le dix-huitième jour.

OBSERVATION N° 11

M<sup>me</sup> H... Louise, 37 ans. Pyosalpinx. Hystérectomie subtotale. Mikulicz. Suture secondaire.

Malade entre à l'Hôpital Bichat le 27 août 1926 avec le diagnostic d'hématocèle rétro-utérine. Elle accuse des douleurs pelviennes, des troubles menstruels. Le toucher montre le cul-de-sac de Douglas occupé par une volumineuse tuméfaction rémittente et douloureuse. Laparotomie médiane sous-ombilicale le 28 août : très volumineux pyosalpinx bi-latéral. Hystérectomie subtotale. Mikulicz, trois mèches. Paroi en trois plans.

Suites opératoires simples.

Suture secondaire le onzième jour.

Premier lever le dix-huitième jour.

Sortie le 30 septembre.

OBSERVATION N° 12

M<sup>me</sup> J... O..., 39 ans. Double pyosalpinx. Hystérectomie. Mikulicz. Suture secondaire.

La malade entre à l'Hôpital pour douleurs abdominales persistant malgré de longues périodes de repos et des soins médicaux prolongés. Une grosse masse annexielle est perceptible au toucher vaginal. La température oscille aux environs de 38°. Repos. Glace. Vaccination. Ce n'est que très lentement que tout rentre dans l'ordre et l'on se décide à intervenir le 7 mars, cinquante jours après l'admission de la malade. Laparotomie médiane sous-ombilicale : double annexite suppurée prolabée dans le Douglas. Hystérectomie subtotale par le procédé américain de gauche à droite. Evidement et fermeture du col. Comme il s'est écoulé du pus au cours du décollement des annexes et que le Douglas, dépéritonisé, saigne, on met un Mikulicz avec trois mèches sans péritoniser.

Surjet péritonéal. Points séparés sur l'aponévrose. Agrafes sur la peau.

Les suites opératoires ne sont marquées par aucun incident.

Les mèches sont enlevées les 8, 10 et 11 mai.

Une suppuration d'une certaine importance oblige à retarder jusqu'au quinzième jour, la suture secondaire.

Le 30 mai : ablation des fils.

Premier lever le 2 juin; la malade quitte l'Hôpital en excellent état le 19 juin.

---

## CONCLUSIONS

---

Les indications du drainage à la Mikulicz sont maintenant bien précisées. Ce sont : les cas où la péritonisation est impossible; les suintements sanguins en nappe; les cas où l'état du malade force à limiter au maximum les temps de l'opération; les cancers du col de l'utérus; les injections péritonéales diffuses; la discussion est ouverte pour ce qui est de la chirurgie intestinale : M. le Professeur Jean-Louis FAURE a versé à ce débat des documents impressionnants.

Le Mikulicz doit comprendre un sac à retournement et un certain nombre de mèches. Celles-ci doivent être retirées pendant la première semaine qui suit l'intervention; le sac doit être enlevé vers le dixième jour.

Il est possible, dans un grand nombre de cas, de pratiquer au bout de quelques jours, une suture secondaire de la brèche laissée par l'ablation du drainage. Cette suture a le triple avantage de raccourcir l'immobilisation de la malade, de la prémunir contre une éventration éventuelle, et d'éviter une cicatrice inesthétique.

Douze observations témoignent, d'une part de la bénignité des suites opératoires chez les malades qui ont été drainées à la Mikulicz, d'autre part de la brièveté relative de la période d'immobilisation au lit chez celles qui ont pu être suturées secondairement.

|                               |                                           |
|-------------------------------|-------------------------------------------|
| Vu Bon à imprimer :           | Vu et PERMIS d'imprimer                   |
| <i>Le Président de Thèse,</i> | <i>Le Recteur de l'Académie de Paris,</i> |
| J.-L. FAURE.                  | P. LAPIE.                                 |

Vu :  
*Le Doyen,*  
ROGER.

---

## BIBLIOGRAPHIE

---

- ANDRÉ. — *Thèse de Paris.*
- AUVRAY. — *Bull. Mém. Soc. Chir.* 3 juillet 1926.
- BAUDET. — *Bull. Mém. Soc. Chir.* 2 juillet 1919.
- BERGE. — *Thèse Bordeaux.*
- CADENAT. — *Bull. Mém. Soc. Chir.* 22 décembre 1926.
- R. CADIZ OYARZIM. — *Cancer utérin.* Valparaiso 1926.
- CHEVRIER. — *Bull. Mém. Soc. Chir.* 14 mai 1924-8 juillet 1925.
- J.-L. FAURE. — *Bull. Mém. Soc. Chir.* 2 juillet 1919, 16 juillet 1919, 20 octobre 1920, 8 juillet 1925, 17 mars 1926, 26 janvier 1927.
- *Le cancer de l'utérus.* Doin 1925.
- J.-L. FAURE et SIREDEY. — *Traité de gynécologie médico-chirurgicale.* Doin 1923.
- DE FOURMESTRAUX. — *Bull. Mém. Soc. Chir.* 8 juillet 1925.
- LA POINTE. — *Bull. Mém. Soc. Chir.* 16 juillet 1919, 8 juillet 1925.
- LECÈNE. — *Bull. Mém. Soc. Chir.* 12 février 1927.
- DE MARTEL. — *Bull. Mém. Soc. Chir.* 14 mai 1924, 26 janvier 1927.
- OUDINOT. — *Le pansement à la Mikulicz.* Thèse Paris 1922.
- PAUCHET. — *La pratique chirurgicale illustrée : cancer du col utérin.*
- *Bull. et Mém. Soc. Chir.* 2 juillet 1919.
- QUENU. — *Bull. et Mém. Soc. Chir.* 12 juillet 1919, 16 juillet 1919.
- RÉGNIER. — *Bull. et Mém. Soc. Chir.* 2 juillet 1919.
- ROCHARD. — *Bull. et Mém. Soc. Chir.* 2 juillet 1919.

ROUX-BERGER. — *Bull. et Mém. Soc. Chir.* 14 mai 1924.

SAVARIAUD. — *Bull. et Mém. Soc. Chir.* 14 mai 1924, 2 juillet 1919.

SAUVÉ. — *Bull. et Mém. Soc. Chir.* 26 janvier 1927.

TUFFIER. — *Bull. et Mém. Soc. Chir.* 2 juillet 1919.

WIART. — *Bull. et Mém. Soc. Chir.* 2 juillet 1919.

---



---

Imprimerie Spéciale de la Librairie LE FRANÇOIS  
91, boulevard Saint-Germain, Paris

---





